

· 临床研究 ·

外阴癌预后影响因素分析

姚心雨¹, 胡小青², 罗 兵²

(1. 河南省安阳地区医院妇产科 455000; 2. 江西省妇幼保健院肿瘤科, 南昌 330006)

摘 要:目的 分析影响外阴癌预后的高危因素。方法 对江西省妇幼保健院肿瘤科 1980 年 3 月至 2009 年 3 月收治的 90 例外阴癌患者预后影响因素进行回顾性分析。结果 肿瘤组织学分级、临床分期、肿瘤病理类型和腹股沟淋巴结转移等因素均影响预后。腹股沟淋巴结转移对生存时间有显著影响。结论 外阴癌 5 年生存率较高。肿瘤组织学分级、临床分期、肿瘤病理类型、腹股沟淋巴结转移是外阴癌预后影响因素, 且腹股沟淋巴结转移是独立影响因素。

关键词: 外阴肿瘤; 治疗; 预后

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.01.025

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)01-0057-02

Analysis on high risk factors of vulvar carcinoma prognosis

Yao Xinyu¹, Hu Xiaoqing², Luo Bing²

(1. Department of Obstetric and Gynecology, Anyang District Hospital, Henan 455000, China;

2. Department of Tumor, Jiangxi Maternal and Child Health Hospital, Nanchang, Jiangxi 330006, China)

Abstract: **Objective** To explore the high risk factors of vulvar carcinoma prognosis. **Methods** A total of 90 patients with vulvar carcinoma from Jiangxi Maternal and Child Health Hospital were summarized retrospectively from March 1980 to March 2009. Prognostic factors were analyzed. **Results** Pathologic types, histologic grading, clinic stage and lymph node metastase were found to be associated with the prognosis survival. The nodal status metastase significantly correlated with 5-year overall survival. **Conclusion** The 5-year survival rate of vulvar carcinoma is comparatively high. Pathologic types, histologic grading, clinic stage and lymph node metastase are high risk factors. Lymph node metastase was independent prognostic factor of vulvar carcinoma.

Key words: vulvar neoplasms; therapy; prognosis

外阴癌约占女性肿瘤的 0.3%, 占女性生殖系统恶性肿瘤的 3%~5%^[1]。本文回顾性分析本院 1980~2009 年收治的 90 例原发性外阴癌患者资料, 探讨临床病理因素与总生存时间的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 (1) 年龄: 发病年龄为 29~81 岁, 中位 55 岁。(2) 肿瘤位置: 中线型(I 组)49 例, 侧位型(II 组)41 例。(3) 肿瘤病理类型: 外阴鳞癌 73 例, 疣状癌 4 例, 腺癌 3 例, 腺鳞癌 2 例, 恶性黑色素瘤 4 例, 基底细胞癌 2 例, paget's 腺癌 1 例, 恶性皮肤纤维肉瘤 1 例。将外阴鳞状细胞癌和疣状癌分为鳞癌组, 其他病理类型归为非鳞癌组。(4) 肿瘤组织学分级: 73 例外阴鳞癌中高分化 51 例, 中分化 21 例, 低分化 1 例。(5) 临床分期: 按 2009 年 FIGO 临床分期, I 期 30 例, II 期 18 例, III 期 37 例, IV 期 5 例。(6) 腹股沟淋巴结转移: 无淋巴结转移 63 例, 单侧淋巴结转移 24 例, 双侧淋巴结转移 3 例。

1.2 手术及辅助治疗 75 例患者接受外阴癌根治手术(50 例行腹股沟淋巴结清扫术), 其余 15 例行腹股沟淋巴结活检术。56 例单纯手术治疗, 5 例术前 1 个疗程辅助化疗, 11 例术后辅助化疗。早期化疗方案为平阳霉素/博来霉素、长春新碱、顺铂联合化疗, 目前化疗方案为卡铂、多西紫杉醇联合化疗。1 例术前放疗, 放射剂量为 25 Gy/4w。2 例术后补充放疗, 6 例术后辅助放、化疗, 放射剂量为 40~50 Gy/4w。15 例行根治性放化疗, 放射剂量为 60 Gy/4w。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件分析数据, 生存

率采用生命表法, 各组 5 年生存率差异比较采用 log-rank 法检验, 多因素预后分析采用 Cox 比例风险模型。

2 结 果

2.1 生存率 随访时间 8~308 个月, 失访 15 例, 死亡 30 例, 治疗后复发 18 例。5 年生存率为 75.1%, 随着时间延长, 患者生存率明显降低(图 1)。

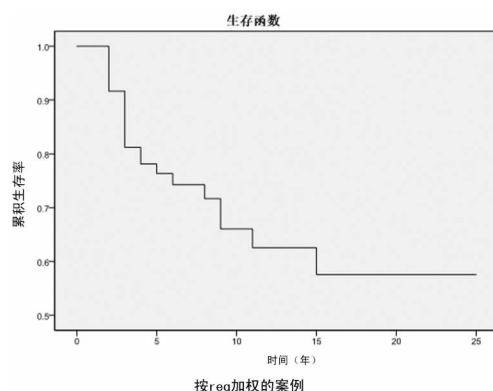


图 1 生存时间

2.2 临床病理因素对生存时间影响 将年龄、肿瘤直径、肿瘤位置、肿瘤组织学分级、临床分期、肿瘤病理类型和腹股沟淋巴结转移等因素分组比较, 单因素分析显示肿瘤组织学分级对外阴鳞癌患者生存时间有影响。临床分期、肿瘤病理类型和腹股沟淋巴结转移对外阴癌患者生存时间有影响(表 1)。

2.3 治疗方式对生存时间的影响 手术加辅助治疗组、单纯

手术组和根治性放、化疗组 5 年生存率分别为 90.9%、76.0% 和 66.2%。3 组患者生存时间无显著差异(表 2)。

表 1 临床病理因素与生存时间的关系			
变量	<i>n</i>	5 年生存率(%)	<i>P</i>
年龄(岁)			
≤55	44	67.9	0.393
>55	46	82.0	
肿瘤直径(cm)			
≤2	26	89.8	0.322
>2	64	70.0	
肿瘤位置			
中线型	49	70.4	0.127
侧位型	41	80.1	
组织学分级			
G ₁	51	86.8	0.008
G ₂ ~G ₃	64	70.0	
临床分期(期)			
I~Ⅱ	48	90.7	0.005
Ⅲ~Ⅳ	42	56.1	
病理类型			
鳞癌	77	80.4	0.044
非鳞癌	13	56.8	
淋巴结转移			
有	27	47.1	<0.001
无	63	88.1	

表 2 治疗方式与生存时间的关系			
治疗方式	<i>n</i>	5 年生存率(%)	<i>P</i>
手术加辅助治疗	25	90.9	0.343
单纯手术	57	76.0	
根治性放、化疗	14	66.2	

2.4 多因素分析与生存时间的关系 将临床分期、肿瘤病理类型和腹股沟淋巴结转移引入 Cox 比例风险模型分析,腹股沟淋巴结转移是外阴癌患者独立预后风险因素($B=-1.439$, $P=0.026$, $OR=0.237$, 95%CI:0.067~0.839)。

3 讨 论

目前外阴癌发病率呈上升趋势^[2],5 年生存率约为 68%^[2-3],本研究 5 年生存率为 75.1%。外阴癌预后与年龄、病灶部位、肿瘤临床分期、组织学分级、淋巴结转移、切缘是否残留癌灶等有关^[2,4]。本研究结果显示肿瘤病理类型、组织学分级、临床分期和腹股沟淋巴结转移是外阴癌预后影响因素。鳞癌约占外阴癌的 90%^[5],鳞癌组 5 年生存率为 80.4%,非鳞癌组 5 年生存率为 56.8%,外阴鳞癌患者预后优于非鳞癌患者。73 例外阴鳞癌中,肿瘤高分化组 5 年生存率为 86.8%,中低分化组 5 年生存率为 58.4%,两组差异显著。这与 Rosen

和 Malmstrom^[6] 研究结果相似。但有研究认为肿瘤组织学分级并不影响外阴鳞癌患者预后^[7]。结论差异可能是由于本研究 and 文献^[6] 研究均把中、低分化归为一组所致。

I~II 期患者预后优于 III~IV 期,这与众多研究结果一致^[2,4,7]。但 Rouzier 等^[8] 研究发现侵及阴道、尿道及肛周的患者预后优于淋巴结受累者,认为 III 期范围较广泛,不能反映分期对外阴癌生存率的影响。

国内外研究公认腹股沟淋巴结转移是外阴癌预后最重要的影响因素^[9-10],本研究腹股沟淋巴结阳性组 5 年生存率也明显降低。腹股沟淋巴结清扫为其治疗手段,但术后护理非常棘手^[11]。为改善患者生活质量,Levenback 等^[12] 引入前哨淋巴结技术。Tjin Asjoe 等^[10] 发现 32 例前哨淋巴结阴性患者中 1 例腹股沟淋巴结复发,质疑此技术可行性。但有学者认为此技术安全有效^[13-15]。

综上所述,肿瘤组织学分级、临床分期、肿瘤病理类型和腹股沟淋巴结转移对生存时间有影响。腹股沟淋巴结转移是外阴癌独立预后因素,但因样本量小,可能存在偏差,仍需扩大样本量,加强随访。

参考文献:

[1]

杨来春,段涛,朱关珍,等.铁林迪妇科手术学[M].山东:山东科学技术出版社,2003:1247.

[2]

Kim MK, Kim JW, Lee JM, et al. Validation of a nomogram for predicting outcome of vulvar cancer patients, primarily treated by surgery, in Korean population; multicenter retrospective study through Korean Gynecologic Oncology Group(KGOG-1010)[J]. Gynecol Oncol, 2008, 19(3):191-194.

[3]

王淑珍,孙建衡.外阴癌临床治疗 309 例报道[J].中华肿瘤杂志,2000,(22):170-174.

[4]

Stroup AM, Harlan LC, Trimble EL. Demographic, clinical, and treatment trends among women diagnosed with vulvar cancer in the US[J]. Gynecol Oncol, 2008, 108(3): 577-583.

[5]

Berek JS. 诺瓦克妇科学[M].郎景和,向阳,译.14 版.北京:人民卫生出版社,2005:995.

[6]

Rosen C, Malmstrom H. Invasive cancer of the vulvar[J]. gynecol oncol, 1997, 65:213-217.

[7]

Francesco R, Francesco H, Antonino D, et al. Clinical and pathological prognostic factors in squamous cell carcinoma of the vulva[J]. Gynecologic Oncology, 2006, 102(2):333-337.

[8]

Rouzier R, Preti M, Sideri M, et al. A suggested modification to FIGO stage III vulvar cancer[J]. Gynecol Oncol, 2008, 110(1):83-86.

[9]

Woelber L, Mahner S, Voelker K, et al. Clinicopathological prognostic factors and patterns of recurrence in vulvar cancer[J]. Anticancer Res, 2009, 29(2):545-552.

[10]

Tjin-Asjoe FM, van Bekkum E, Ewing P, et al. Sentinel node procedure in vulvar squamous cell (下转第 61 页)

ICU 内金黄色葡萄球菌感染比例高的情况相符。本研究结果显示葡萄球菌尚对万古霉素敏感,未发现对万古霉素耐药菌株。肠球菌属耐药现象比较复杂,既有天然耐药,又可产生获得性耐药^[14-15],其对大环内酯类耐药率高达 75%~100%,与近年来社区及院内经验性治疗大量使用此类药物有关。肠球菌对万古霉素的敏感率为 100%,未发现耐万古霉素的肠球菌株,提示万古霉素仍是临床上治疗肠球菌感染最有效的药物。多西环素对 G⁺ 球菌亦有着较高的敏感性,可作为二线药物。

ICU 院内感染发生率高且耐药严重。随着药物档次和治疗水平的提高,危重患者住院时间得以延长,有创操作的广泛开展也增加了院内感染的发生率。ICU 患者大部分是由其他病区转入,经过了院前和院内抗生素的反复应用,致病菌耐药率高,此时选用更为广谱、更高档次的药物无疑又会进一步诱导细菌耐药性的产生。因此,应严格掌握预防用药和联合用药的指征,按照患者的生理、病理、免疫状态及参考本地区常见细菌耐药性资料经验用药,及早明确病原菌,并根据药敏结果进行针对性治疗。同时定期总结本机构的临床用药情况,强化细菌耐药监测,这对抗感染治疗的成败关系重大。

参考文献:

[1] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准[M]. 北京: 中华人民共和国卫生部,2001.

[2] 李娟,李智伟. 2003~2007 年本院 1 073 株铜绿假单胞菌的临床分布及耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2009,9(4):286-288.

[3] 胡静,姚云清,傅静亦,等. 2005~2007 年医院病原菌分布和耐药性分析[J]. 重庆医学,2009,38(7):811-814.

[4] 张婷,邓义军,柏宏坚,等. 重症监护病房铜绿假单胞菌耐药性分析及对策[J]. 药学与临床研究,2009,17(3):254-256.

[5] 郑沁,赖怡,康梅,等. 华西医院重症监护病房连续两年院内感染革兰阴性杆菌的耐药性监测[J]. 中国抗生素杂

志,2008,33(1):20-24.

[6] 何林林,李京明,刘双. 鲍曼不动杆菌在 ICU 与非 ICU 分离率及耐药性的比较[J]. 实用医学杂志,2010,26(1): 125-126.

[7] 王辉,陈民钧,倪语星,等. 2003~2004 年中国十家教学医院革兰阴性杆菌的耐药分析[J]. 中华检验医学杂志, 2005,28(12):1295-1303.

[8] 胡必杰. 一个仍然被严重忽视的临床难题——医院感染[J]. 中华检验医学杂志,2004,27(9):545-548.

[9] 陈民钧,王辉. 中国重症监护病房革兰阴性菌耐药性连续 7 年监测研究[J]. 中华医学杂志,2003,83(5):375-381.

[10] 李娅,张文,孙景勇,等. 尿路感染中段尿病原菌的分布及耐药性[J]. 中华肾脏病杂志,2010,26(5):325-329.

[11] 许浦生,许建邦,王艳明. 综合医院下呼吸道感染病原菌分离及动态变化[J]. 广东医学,2010,31(5):623-626.

[12] 孙宏莉,王辉,陈民钧,等. 2008 年中国十二家教学医院革兰阳性球菌耐药性研究[J]. 中华检验医学杂志,2010, 33(3):224-240.

[13] Muto CA, Jenigan JA, Ostrowsky BE, et al. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *enterococcus*[J]. *Infect Control Hosp Epidemiol*,2003,24(5):362-386.

[14] 沈翠芬,张晓祥,陈颖. 临床分离肠球菌属的菌群分布及耐药性变迁[J]. 中华医院感染学杂志,2007,17(3):334-336.

[15] 路晓钦,黎莉华,周丽,等. 医院肠球菌属分布特征及耐药性变迁[J]. 中华医院感染学杂志,2007,17(12):1569-1572.

(收稿日期:2010-02-10 修回日期:2010-05-10)

(上接第 58 页)

carcinoma: a histomorphologic review of 32 cases. The significance of anucleate structures on immunohistochemistry[J]. *Int J Gynecol Cancer*,2008,18(5):1032-1036.

[11] 刘芳容. 1 例外阴癌根治术后 TDP 照射导致深Ⅱ度烫伤的护理教训[J]. 重庆医学,2006,35(18):1724.

[12] Levenback C, Burke TW, Gershenson DM, et al. Intraoperative lymphatic mapping for vulvar cancer[J]. *Obstet Gynecol*,1994,84(2):163-167.

[13] Nathalie DH, Gregory A, Luce T, et al. Sentinel node bi-

opsy in vulvar cancer[J]. *Bull Cancer*,2008,95(7):701-706.

[14] Puig-Tintore LM, Ordi J, Vidal-Sicart S, et al. Further data on the usefulness of sentinel lymph node identification and ultrastaging in vulvar squamous cell carcinoma[J]. *Gynecologic Oncology*,2003,88(1):29-34.

[15] 程玺,李子庭,臧荣余. 外阴癌前哨淋巴结活检研究进展[J]. 国外医学肿瘤学分册,2001,28(2):154-156.

(收稿日期:2010-01-12 修回日期:2010-06-28)